Rok XXXIV. Kraków 18. Maja 1895 r. Nr. 20.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, tudzież w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres w Nowym Jorku Dr. Stanisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczej we Lwowie.

Dalsze dwa przypadki cięcia cesarskiego z pomyślnym przebiegiem.

Opisał

Prof. Dr. A. Czyżewicz.

Do swoich trzech przypadków cięcia cesarskiego z przebiegiem dla dzieci i matek pomyślnym, ogłoszonych w *Przegl. lek.* w r. 1893, dołączam obecnie dwa świeże, które w klinice wykonałem w r. 1894. Nie tylko sama rzadkość tej operacyi skłania mnie do jej ogłoszenia (nie wątpię, że ogłoszenie trzech pierwszych wywołało nadesłanie następnych), ale pragnąłbym zwrócić uwagę kolegów zawodowych raz jeszcze na potrzebę częstszego wykonywania tego rękoczynu, który przy nabytej wprawie w technice wydał mi tak świetny wynik, iż na 5 przypadków operowanych w okolicznościach mniej lub więcej korzystnych, zdołałem ocalić życie 5-ciu matkom i 4 dzieciom. Piąte nie mogło być ocalone, bo dawno przed przybyciem rodzącej do kliniki życie utraciło. Bądź co bądź, wynik taki we wszystkich po sobie następujących przypadkach zachęcić musi do dalszej pracy i zmniejszać, pozornie może i słuszną obawę niebezpieczeństwa, na jakie sama operacya naraża rodzącą. Dalej uważam ogłaszanie takich przypadków za bardzo korzystne dla operujących, każdy bowiem przypadek ma swoje właściwości, które przewidzieć trudno, które pokonać trzeba podczas operacyi samej bez żadnych wskazówek z góry i które tem samem dla następnych przypadków mogą być bardzo pouczające. Nigdy nie przypuszczałem, żeby odruchy połykowe mogły przy użyciu wszelkich możliwych ostrożności i wybornej asystencyi, z taką siłą wypychać utrzymywane kiszki między palcami, opaskami a nawet szwami, jak tego doświadczyłem u jednej z operowanych. Przyznaję się otwarcie, że nie przypuszczałem, aby w tak fatalnych stosunkach, jakie mi przedstawił przypadek metodą Porry operowany, operacya ta wykonaną być mogła z pomyślnym skutkiem na osobie, okazującej bardzo wysoką niedokrewność i takie wyniszczenie, że nawet na brzuchu nie było śladu podściółki tłuszczowej. Nie mając innego wyjścia, przystąpiłem do operacyi z całą niechęcią i bez humoru, bo objekt operacyjny dziesięćkroć więcej do trupa, aniżeli do osoby żyjącej był podobny i miałem przekonanie, że resztka tego życia ulotni się podczas operacyi. Tymczasem rana zagoiła się pierwozrostem, gojenie przebiegało właściwie bez żadnego oddziaływania a chora opuściła klinikę w stanie względnie świetnym. Wynika z tego, że nawet przypadki, które za stracone uważać należy, przecież operować trzeba.

Co do swoich poglądów, które wyraziłem w pierwszej publikacyi, nie mam nic do zmienienia i owszem z pewną przyjemnością wszystkie tylko potwierdzić mogę, niewyłączając nawet tego, że wzgląd na utrzymanie płodności operowanej prawie wcale dla mnie nie istnieje. Jakkolwiek nie wątpię, że lepiej byłoby, aby te kobiety wcale nie rodziły, to jeśli już zrobiły tę niedorzeczność, bezwarunkowo najlepiej będzie, gdy im operacya odejmie możność zajścia w ciążę w przyszłości. Z tego powodu coraz to chętniej operować będę metodą Porry, której używałem tylko w przypadkach ciężkich i powikłanych. Obecnie nie wątpię, że sprawa gojenia przy tej metodzie jest prostszą i korzystniejszą. Po tym wstępie przystępuję do opisu przypadków:

Dnia 27. Marca 1894. przyprowadzono do kliniki ciężarną karlicę J. S., lat 20 liczącą, stanu wolnego, służącą, we Lwowie zamieszkałą. Przyprowadziła ją siostra, osoba mała, nieźle odżywiona, o długości ciała 145 cm., matka dwojga żyjących dzieci, z których pierwsze po dwudniowym porodzie przyszło na świat omdlałe, drugie całkiem prawi-

dłowo. Matka ich wyszła drugi raz za mąż i z drugim mężem ma troje dzieci prawidłowo rozwiniętych.

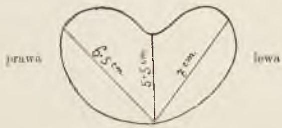
Sama ciężarna okazuje długość ciała 127 cm., pierwszej regularności dostała dopiero w 18. roku życia i to po używaniu środków przez lekarzy poleconych; miewała ją w odstępach dłuższych niż 28 dni i nie zawsze równych, była ona zwykle miernie obfitą, ale na dłuższy czas nie ustała nigdy. Oprócz przebytego przed 4-ma laty zapalenia płuc nie przypomina sobie żadnej przebytej choroby a na wszelkie pytania skierowane do wykrycia krzywicy, odpowiada przecząco. Co do obecnej ciąży nie daje żadnych wyjaśnień, sądzi tylko, że ona ma się ku końcowi. Dokładniejsze badanie wykazuje wyraźne ślady przebytej krzywicy, bez skrzywień w kościach. W całej postawie uderza wielkość głowy nieproporcyonalna do długości ciała. Odżywienie dobre, błony śluzowe blade. Brzuch miernie obwisły, dno macicy w połowie odległości między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym, położenie płodu czaszk I., główka ruchoma nad spojeniem łonowem. Sklepienie pochwy wklęsłe, część pochwowa stożkowata bez wrębów na 2 cm. długa, ujście zamknięte, główka wysoko balotuje.

Wymiary miednicy:

D. interspinalis 17 cm., *intercristalis* 21 cm., *intertrochantericus* 25 cm., *Conjug. extr.* 15 cm., *diag.* 7 cm., *vera* 5·5 cm. Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od największej wklęsłości linii bezimiennej, bardzo łatwo palcem zmierzyć się dająca, po prawej 6·5, lewej 7 cm.

Rozpoznano ciążę w ostatnich tygodniach obok miednicy ogólnie ścieśnionej, najwięcej poprzecznie karliczej, lejkowatej.

Kształt wchodu miednicy w połowie naturalnej wielkości:



Przyjąłem chorą jako kwalifikującą się do cięcia cesarskiego o wskazaniu względnem, z zastrzeżeniem, że przebieg porodu okaże czy nawet bardzo trudne rozmiażdżenie główki będzie możliwem i poleciłem co 2-gi dzień kąpiel.

Dnia 30. Kwietnia rano wystąpiły bóle porodowe. Przy rannej wizycie część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne wielkości centa, rozwarte, bóle wyraźne od kilku godzin, pomimo to główka chociaż nie wielka, wysoko ułożona balotuje. Przeprowadzenie ręki przez kanał miednicy w celu wykonania obrotu niemożliwe. Poleciłem należycie oczyścić odbytnicę i części rodne i przygotować wszystko do cięcia cesarskiego. Operacya metodą klasyczną. Przebieg jej nie okazał nic szczególnego. Pomimo atoli głębokiej narkozy chloroformowej, podczas nacinania skóry wystąpiły silne odruchy połykowe z wypinaniem gwałtownem powłok brzusznych. Po otwarciu jamy otrzewny i rozszerzeniu rany, pomimo najstaranniejszego obłożenia kompresami a nawet użycia pewnej siły gwoli odprowadzenia jelit, wydobywały się one z pod kompresów i palców wobec ciągłych ruchów z napinaniem brzucha. Podczas wytaczania macicy wypchane zostały na zewnątrz całe masy jelit, które nie dały się utrzymać kompresami ani z pomocą szwu założonego w powłokach brzusznych wedle Spenzer - Welsa. Po wytoczeniu macicy z biedą wprowadziliśmy jelita napowrót do jamy brzusznej i utrzymaliśmy je tam z trudnością. Rozcięcie macicy, wydobycie płodu żywego, nieomdlałego i popłodu wykonałem szybko; krwawienie mierne. Do szwów miąższowych użyłem jedwabiu sterylizowanego grubszego, do otrzewnowego (*seroseros*) z cienkiego i przekonawszy się, że rana nie krwawi, wpuściłem macicę do jamy brzusznej, wśród ciągłego napinania powłok. Bez ujęcia otrzewny założyłem na powłoki brzuszne szwy węzełkowe. Już prawie w samym końcu układania szwów wysunęła się z powodu silnego napięcia między dwoma szwami duża pętla jelit cienkich na zewnątrz, którą z trudnością odprowadzono. Między szwami głębokimi dodałem jeszcze płytsze tak, że rana zespolona została 16-ma szwami węzełkowymi i dla wzmocnienia zamknięcia jeszcze szwem ciągłym. Opatrunek zwykły z użyciem gazy jodoformowej. Dziecko płci żeńskiej 2395 grm. ważące, długość ciała 46 cm., obwód główki 32 cm. prosty 9·75, poprzeczny 7·5, ukośny 11·5, łożysko kształtu nerkowatego 350 grm. ważące. Po przebudzeniu chora skarżyła się na ból w brzuchu, dostała zaraz *tincturae opii simplex* a wieczór morfinę w czopku. Tętno 80, temp. 37·0, noc niespokojna.

1. Maja bóle w brzuchu; inj. morf., temperatura 37·4 i 37·7, tętno 115 i 120.

2. Maja temp. 37·2 i 37·4, tętno 100 i 140, morfina wieczór, 3 razy wymioty, inj. morf.

3. Maja temp. 37·5, rano i wieczór tętno 120, wymioty, inj. morf., noc spokojna.

4. temp. 38, tętno 108, wzdęcie brzucha, wysoki Hegar, *olei ricini* z koniakiem, 3 stolce.

5. Maja temp. 37·4 i 38·5, tętno 104, boleści, stolec, dreszcz.

6. Maja temp. bez zmiany, zmiana opatrunku, w okolicy pępka trochę krwi, zresztą suchy, lawatywa.

7. Maja temp. bez zmiany, *olei ricini* stolec, mocz sama oddaje.

10. Maja odjęto 6 szwów.

12. Maja usunięto resztę szwów, temp. 39, tętno 130.

13. Maja temp. 38·5 i 38·6, tętno 120, naciek w miejscu dwóch kanalików szwowych, z którego przy nacisku wydobywa się ropa.

14. Maja w nocy wymioty, temp. 37·5 i 38, tętno 110 i 100. Z nacieku obficie sączy się ropa, rozszerzyłem otwory zgłębnikiem, oczyściłem jamę ropnia podskórnego i wprowadziłem pasek gazy jodoformowej.

16. Maja ropienie nieznaczne, temp. 37, tętno 84. Odtąd ciepłota prawidłowa, ropień zagojony.

6. Czerwca chora z dzieckiem zakład opuściła w zupełnie dobrym stanie zdrowia.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, jako powikłanie ropień w powłokach brzusznych, pierwozrost wszędzie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3. Kwietnia 1895).

Napisał

Prof. Dr. Jakubowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Pierwsi twórcy tej nowej metody leczenia oddając surowicę do rąk lekarza praktycznego, wyraźnie oświadczają, iż jest ona skuteczną tylko w błonicy pierwotnej rozwijającej się pod wpływem prątka Löfflerowskiego i to w ciągu pierwszych trzech dni choroby. Mając na względzie powyższe zastrzeżenia, u chorych naszych przeprowadzoną była ścisła kontrola przez Dra Raczyńskiego i Słapę w pracowni bakteryologicznej prof. Bujwida, co do obecności prątków Löfflerowskich. Badań bakteryologicznych nie uskuteczniono tylko

w 11 przypadkach; z pozostałych 64 dokonanych badań otrzymano: czyste hodowle Löfflerowskie 43 razy, obok prątków Löfflerowskich wytworzyły się liczne kolonie streptokoków lub stafilokoków 20 razy, nie było wcale prątków Löfflerowskich tylko w jednym przypadku. Zestawiając wyniki badań bakteryologicznych z obrazem klinicznym błonicy, potwierdzić mogę, że lekarz praktyczny, z przebiegiem błonicy dobrze obznajmiony, może się *a priori* kusić o dyagnozę bakteryologiczną. Jeżeli błonica jest samoistną, naloty na migdałkach i łuskach podniebiennych są barwy szarawo białej i ograniczone, można twierdzić, że hodowle wykażą przeważnie prątek Löfflerowski. Jeżeli naloty są szarawo żółte, drążą w głąb, gruczoły podszczękowe są obrzmiałe a wydech chorych jest cuchnący, to niemal z pewnością ponad prątkiem Löfflerowskim górują streptokoki i stafilokoki i że w przypadkach tych seroterapia, nawet energicznie stosowana, niezbyt korzystne odda usługi.

Co do zastrzeżenia, iż tylko w pierwszych trzech dniach choroby skuteczność jej jest pewną, to oświadczyć muszę, iż w przypadkach zgłaszających się do szpitala św. Ludwika seroterapia nie miałaby wcale zastósowania, gdyż w tak wczesnym okresie choroby wyjątkowo tylko zgłaszano się z dziećmi. Idąc jednak za zdaniem Widerhofera, że wprawdzie po upływie trzeciego dnia choroby działanie surowicy nie jest już pewnem, lecz nie może być w zupełności wykluczone, podjąłem się tej niepewnej już w skutkach pracy stósowania seroterapii nawet w późniejszych okresach choroby. Z góry przewidzieć można, że wyniki otrzymane w szpitalu św. Ludwika nie mogą iść w zawody z wynikami, jakie otrzymał prof. Monti a nawet prof. Widerhofer, do których zgłaszano się przeważnie z dziećmi w wcześniejszych okresach choroby. Czas trwania błonicy, o ile można to było stwierdzić wywiadami u naszych chorych, przedstawia się jak następuje:

między 1 a 2 dniem choroby przyjęto dzieci	. . . .	5
„ 2 „ 3 „ „ „ „	. . . .	13
„ 3 „ 4 „ „ „ „	. . . .	31
„ 4 „ 5 „ „ „ „	. . . .	9
„ 5 „ 6 „ „ „ „	. . . .	4
w biegu drugiego tygodnia	. . . .	13
	Razem .	75

Było zatem odpowiadających warunkom korzystnym do leczenia surowicą tylko 18
spóźnionych przypadków 57

Przy stosowaniu surowicy, żadnych środków wewnętrznie chorym nie podawano, ograniczając się miejscowo do płukań, lub pędzlowań 3% roztworem kwasu borowego. Ponieważ znaczna część chorych przybywała do szpitala z dławcem błonicznym, przeto u chorych tych obok seroterapii dokonywano stósownie do wskazania intubacyi lub tracheotomii.

Przechodząc do podania wyników otrzymanych w 75 przypadkach błonicy, leczonych surowicą, wobec rozlicznych wyczerpujących prac ogłoszonych dotąd w tym przedmiocie, uważam za stosowne w sprawozdaniu swojem ograniczyć się do krótkiego, na własnem doświadczeniu opierającego się przedstawienia własności surowicy, naprzód co do występowania zjawisk ubocznych, zostających w związku z jej działaniem a następnie istotnego jej wpływu na przebieg choroby.

Przy wstrzykiwaniu podskórnem surowicy przekonałem się, że podwójne nawet dawki (20 cm.^{3}) szybko bywają wessane, nie wywołując miejscowo żadnych ubocznych zjawisk. W jednym tylko przypadku u czteroletniego chłopca w trzecim dniu po wstrzyknięciu powstało rozległe zapalenie tkanki łącznej podskórnej z następowem ropieniem, prawdopodobnie skutkiem zdarcia opatrunku przez małego pacyenta a następnie zanieczyszczenia małej ranki pozostałej po nakłuciu. Powikłanie to żadną miarą wziętem być nie może na karb surowicy, służy jednak za przestrogę, iż przy stósowaniu jej podskórnem nietylko przestrzegać należy ściśle zasad antyseptyki, ale dozorować wypada nieoględnych pacyentów, aby przynajmniej w pierwszych 18 godzinach opatrunku nie usuwali i nie narażali się przez to na powikłania miejscowe. Jako objawy chorobowe w ścisłym z seroterapią zostające związku, uważam o s u t k i s k ó r n e, występujące już to jako pokrzywka, już też jako różnej postaci rumień. Osutki w mowie będące u naszych chorych pojawiły się w 13 przypadkach (17%). P o k r z y w k a (w pięciu przypadkach) wystąpiła nagle między 3. a 10. dniem po użyciu surowicy, rozwijając się przeważnie na tułowiu, twarzy i odnogach górnych. Oprócz dokuczliwego swędzenia innych objawów ubocznych nie spostrzegano i osutka występowała po 2 lub 3 dniach. R u m i e ń (w ośmiu przypadkach) również najczęściej występował na skórze klatki piersiowej w postaci żywo czerwonych plamek zlewających się z sobą w jedną większą powierzchnię. Z powodu podwyższenia ciepłoty, upośledzenia czynności serca i objawów ogólnej bezsilności był on łudząco podobnym do płonicy. Widząc pierwsze takie przypadki, przyznać muszę, byłem w wątpliwości, czyli mam do czynienia tylko z rumieniem wywołanym przez działanie surowicy, czy też istotnie z płonicą. Kiedy w miesiącu Styczniu b. r. wziąłem do rąk sprawozdanie prof. Widerhofera, z wielkiem zajęciem czytałem uwagi jego odnoszące się do opisu osutek skórnych, dowiadując się, że i on nie zawsze był pewnym w odróżnieniu osutki występującej przy leczeniu surowicą od płonicy. Rumień uważać muszę za postać cięższa zakażenia swoistego posurowicznego. Przemawia zatem nietylko towarzyszenie mu zwykle podwyższenia się ciepłoty, upośledzenie czynności serca i ogólna adynamia, ale także występujące z nim dość często wielorakie bolesne zajęcie stawów. W ośmiu przypadkach rumienia przez nas spostrzeganych, trzy razy pojawiło się bolesne zajęcie kilku stawów, w obrazie klinicznym bardzo podobne do zapalenia wielorakiego stawów na tle gośćcowym (*polyarthritis rheumatica*). Wzmiankowane zajęcie stawów bardzo bolesne w przypadkach naszych nie wywołały silniejszych obrzęków w okolicy zajętych stawów i ustępowały szybko po kilku dniach.

Wyliczone tutaj powikłania wprzód w przebiegu błonicy nie spostrzegane, uważać musimy za objawy następowe, wynikające z podziałania na ustrój nieznanych nam dotąd toksyn swoistych, znajdujących się w surowicy. Z tą własnością ujemną surowicy, stwierdzoną przez wielu używających jej dotąd klinikòw, liczyć się musi lekarz praktyczny. W przypadkach błonicy w lekkiej rozpoczynającej się formie, w przykrem znajdzie się on położeniu zadając sobie pytanie: czy wskutek użycia surowicy nie sprowadzi u chorego powikłań, wprawdzie jak dotąd stwierdzono, nie niebezpiecznych dla życia, ale dolegliwych i chorobę wikłających; czyli też ociągając się ze stosowaniem surowicy, dozwoli na rozwinięcie się choroby i do użycia środka tego zwróci się dopiero po dniach kilku, t. j. w okresie, który twórcy sero-

terapii uważają za spóźniony? Wątpliwości i niedogodności te w stosowaniu seroterapii nie prędko zostaną rozwikłane. Usunąć je mogą, czego życzyćby należało, tylko bakteryologowie, szukając w pracowniach składników surowicy, wywołujących owe uboczne zjawiska? Surowica czysta lecząca a nie wywołująca zjawisk ubocznych, stałaby się najwyższym tryumfem nowoczesnego kierunku leczenia. Tymczasem lekarz praktyczny w każdym przypadku błonicy, rozwijającej się pod wpływem prątków Löfflerowskich, z stosowaniem surowicy ociągać się nie powinien, pouczając jednak wpierw stronę interesowaną o możliwych powikłaniach, które nie z jego winy, lecz z własności surowicy wywiązać się mogą.

Wielu kliników, zajmujących się badaniem wpływu surowicy na ustrój dziecka w przebiegu błonicy, twierdzi, iż po użyciu jej o wiele częściej i w groźniejszych postaciach występują pewne powikłania błonicy, jakoto: porażenia i moczenie białkowe. Opierając się na szczupłej liczbie 75 przypadków nie chcę występować, ani twierdząco, ani przecząco wobec wypowiedzianych powyżej zapatrywań; ograniczę się jedynie do przedłożenia cyfrowego. Na 75 chorych dwa razy tylko wydarzyło się porażenie mięśni połykowych miernego stopnia, a które w tym stosunku a nawet większym spostrzegaliśmy dawniej u chorych dotkniętych błonicą.

Co do białkomoczu u 4 chorych badania nie dokonano; w 71 pozostałych przypadkach nie znaleziono w moczu białka wcale przed i po stosowaniu surowicy 33 razy, wykryto zaś większe ilości białka 38 razy. W tych jednakże przypadkach 16 razy znajdowało się już białko przed rozpoczęciem seroterapii a tylko w 22 przypadkach dopiero po wstrzykiwaniach. Zważywszy jednakże, że w owych 22 przypadkach wstrzykiwania 10 razy uskuteczniono w pierwszych czterech dniach choroby, w którym to czasie i dawniej w błonicy nie zawsze moczenie białkowe spostrzegano przeto w naszych 75 przypadkach ostatecznie na karb wpływu surowicy policzyćby można zaledwie pozostałych 12. W ogóle z obserwacyi klinicznej przebiegów nie odniosłem tego wrażenia, aby seroterapia przyczyniała się do częstszego lub groźniejszego występowania powikłań ze strony nerek.

(Dokończenie nastąpi).

III. Zastósowanie formaldehidu w dentystyce.

Podał
Dr. W. Łepkowski,
b. asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell.

Zachowawcze leczenie w chorobach zębów jak zresztą w całej chirurgii ważną odgrywa rolę; to też każda nowa myśl, nowa metoda tego leczenia jest znaczną zdobyczą na polu naukowem, skoro w praktyce dobre wydaje owoce.

Utrzymanie zęba, którego pulpa obumarła, jak wiadomo, jest rzeczą zupełnie niemożliwą a jakkolwiek ząb taki pozostaje przez lata a nawet przez życie całe, jednak leczenie jego wymaga tak ze strony lekarza jak i chorego, nadzwyczaj wiele cierpliwości i zachodu i dlatego w wielu przypadkach zaniechanem bywa. Jeżeli mamy do czynienia z zębem, w którym ani kawałka nie ma zdrowej pulpy, należy miazgę pokarmową, jak również i rozmiękłą dentynę tak z jamy w koronie, jak i z samego korzenia usunąć zapomocą odpowiednich przyrządów a następnie odwietrzyć ją jakimkolwiek antyseptykiem. Najlepiej nadaje się do tego kwas karbolowy, sublimat, jodoform, dalej tymol, solweol (w ostatnich czasach zalecany przez Leszczyńskiego z Warszawy [1]), które to środki na wacie cienką sondą wprowadza się do przewodu korzenia. Niestety uczy doświadczenie, że jednorazowe takie postępowanie w największej liczbie przypadków nie wystarcza. Usunięcie w zupełności wszystkich szkodliwych i gnijących części ze szczytu korzenia, bez przejścia przez otwór szczytowy, natrafia często na nieprzełamane trudności, raz dlatego, że się operuje na ślepo, powtóre, że chociaż zewnętrznie wszystko się wydobędzie, sam otwór szczytowy zatyka się trocinkami z rozmiękłej dentyny. Pozostające tedy części ma uczynić nieszkodliwemi antyseptyk następnie wprowadzony. W większej liczbie przypadków, po kilkorazowem wprowadzeniu środków odwietrzających istotnie osiąga się skutek pożądany, lecz postępowanie to wymaga w każdym razie kilku lub kilkunastu posiedzeń, na co nie każdy chory zdecydować się może. Skoro rozchodzi się o ząb sieczny lub kieł, rzecz naturalna, że okoliczności tak dla chorego, jak i dla lekarza są przystępniejsze i dodają otuchy do zniesienia przeciągłej kuracyi cierpliwie. Ze strony chorego przemawia pretensya, że rozchodzi się o ząb przedni a więc po części o ozdobę a lekarzowi łatwiej, bo ma się do czynienia tylko z jednym korzeniem i nietrudnym do niego przystępem. Inna rzecz, gdy w grę wchodzi którykolwiek ząb trzonowy a szczególniej ostatni. Tu już, jak w górnej szczęce, trzy korzenie wymagają troskliwej opieki, dostęp często nadzwyczaj trudny a czasami niemożliwy. Nie każdy zważa na tego robotnika, co nie pokazując się światu, żuje szeroką powierzchnią, rozdrabniając pokarm dla żołądka. Zresztą czyż wielu jest ludzi takich, którzy pragną ponieść trudy i koszta dla jednego trzonowego zęba?

Chciałbym wierzyć, mówi Miller [2]), czy 5% ludności Niemiec jest wstanie lub pragnie pozwolić sobie na ten zbytek, aby się poddać długiej kuracyi dla jednego zęba trzonowego. A ja z tych 5% Millera w Niemczech śmiało zejść mogę na 1% u nas w Polsce a nie wiem, czybym się go gdzie dorachował.

Dziwić się wobec tego nie można, że każdy nowy sposób, pomijający długie i trudne leczenie korzeni przed plombowaniem, jest ważną rzeczą dla dentystyki.

Próby dotychczas w tym względzie dokonane, datują się od roku 1874, t. j. od czasu kiedy Vitzel [3]) podał swoja metodę amputacyjną. Sposób ten polegał na wprowadzeniu pasty arszenikalnej na zmieniony miąższ zęba, t. j. zniszczeniu tylko zewnętrznej jego powierzchni. Według Vitzla pasta miała działać tylko zewnętrznie, nie sądził on bowiem, aby arsen niszczył pulpę w zupełności.

Vitzel amputował część zewnętrzną, zostawiając część dalszą masą antyseptyczną, bo cementem z kwasem karbolowym ząb wypełniał. Przypuszczenia, jakie robił Vitzel co do losu kikuta pulpy, były wprost śmieszne, gdy nawet na-

---

[1]) Kilka słów o solweolu w dentystyce. *Gazeta lek.* Nr. 6. 1895.

[2]) Miller: Verhandlung der deutsch. odont. Geselsch.: Über verschiedene Methoden der Behandlung von kranken Zähnen ohne Entfernung der Pulpa.

[3]) *a)* Deutsch. Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde. Tom 14. 1874. *b)* Die antiseptische Behandlung der Pulpakrankheiten des Zahnes mit Beiträgen zur Lehre von Neubildungen in der Pulpa. Berlin 1879. *c)* Compendium der Pathologie und Therapie der Pulpakrankheiten des Zahnes. 1886.

stępowe tworzenie się dentyny w pozostałym miąższu nie było dla niego nieprawdopodobnem. Dopiero w roku 1886 zmienił swoje w tym względzie zapatrywania a kwas karbolowy zastąpił sublimatem i podał nader imponującą statystykę twierdząc, że na kilka tysięcy przypadków zaledwie 3% było niepomyślnych. Mimo tego wszystkiego, metoda ta nie znalazła zwolenników i dziś należy li tylko do historyi dentystyki.

Drugim z kolei, który pracował na tem polu był Baume[4]) a metoda jego różni się w zasadzie od sposobu Vitzla tem, że zamiast mięszaniny karbolu z cementem wprowadzał maleńkie kawałki boraksu lub ałunu, które miały uczynić pozostający miąższ pulpy aseptycznym a więc nieszkodliwym. I ten sposób mimo zachęcających rezultatów autora, nie znalazł wielu zwolenników. W trzy lata później ogłosił Guttmann[5]) statystykę ze swojej praktyki, gdzie wskazuje po tej metodzie zaledwie 25% dobrych rezultatów.

W tymże roku, kiedy przez artykuł Guttmanna metoda Baumego całkowicie zdyskredytowaną została, podaje Herbst nowy sposób odmienny od poprzednich, który równie przeminął bez wielkiego wrażenia. Do zupełnego zniszczenia pulpy używał ziemi angielskiej (*Scherbenkobalt*) zamiast pasty arszenikalnej, co w rzeczywistości na jedno wychodzi, gdy *Scherbenkobalt* jest przecie rodzimym arsenem. Herbst ogranicza się tylko na hermetycznem wypełnieniu zęba cynfolią zapomocą rotacyjnej swojej metody plombowania. Nie używa on zaś żadnych a żadnych środków odwietrzających, jak to czynili jego poprzednicy.

Przeglądając podręczniki dla dentystyki spotykamy się nadto z różnemi innemi metodami a raczej antyseptykami, które wprowadzano do przewodu zębowego po wydobyciu miąższu. Scheff[6]) młodszy zachwala chinolinę, Metnitz[7]), Sachs[8]), dalej Baume uważają zgęszczony roztwór kwasu karbolowego za jedyny, najlepszy środek tak w przypadkach, gdzie pulpa w części pozostaje, jak i tam, gdzie po jej usunięciu chodzi o unieszkodliwienie pozostających resztek w przewodzie zębowym. W tym ostatnim razie wielu używa jodoformu, który, jak wiadomo, nieresorbowany nie jest bynajmniej środkiem antyseptycznym, więc trudno pomyśleć, aby w zębie martwym bez zdrowej pulpy mógł wypełniać jakiekolwiek odwietrzające obowiązki. W miarę jak z biegiem czasu nowe wprowadzano przetwory antyseptyczne do chirurgii, odbijało się to zaraz w dentystyce, kreolina, lisol, solweol w różnych celach wypróbowane w chorobach zębów, lecz powszechnego nigdy nie doczekały się uznania. Równocześnie zaczęto używać wysokiej ciepłoty i tak Baume zastosował przyżegacz Paquelina do celów dentystycznych. Kirchner polecał wprowadzać pętlę galwanokaustyczną z jodem. Elektrolizy nie używano nigdy dla zniszczenia pozostającego miąższu pulpy, sądzę jednak, że ona za słabo i niepewnie działaćby mogła, zresztą i zrobienie przyrządu odpowiedniego do celów dentystycznych, ze względu na małe rozmiary przewodów, jest chyba niemożebnem. Szymkiewicz[9]) kombinuje działanie ciepła ze środkami antyseptycznymi i radzi kilkakrotne osuszanie ciepłem powietrzem z balonika, naprzemian z przestrzykiwaniem przewodu płynami odwietrzającymi.

[4]) Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde. 1888. Heft 3.
[5]) Verhandl. der deutsch. odont. Gesellsch. Band II. Heft 4. 1892.
[6]) Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1884.
[7]) Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1891.
[8]) Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1892.
[9]) Szymkiewicz: O plombowaniu zębów obumarłych. *Przegl. lek.* Rok. XXI. Nr. 9. 10.

Ostatnia praca ważniejsza w tej sprawie jest Millera referowana przezemnie w *Przeglądzie lek.* z 1894 r. Powołując się na ten referat, nadmienić tu muszę, że Miller[10]) idąc za przykładem Baumego poleca także środki antyseptyczne *in substantia*, jako to sublimat z tymolem. Przechodząc te wszystkie metody krytycznie tak ze strony praktycznej jak i teoretycznej przyznać trzeba, że żadna z nich nie odpowiada w zupełności swojemu zadaniu. Stosowane dotąd środki odwietrzające możnaby podzielić na dwie grupy, t. j. jedne, które mało co, albo wcale nic nie działały, jak jodoform, ałun, boraks; drugie, których działanie było niezupełne.

Własności, jakie środek idealny do tego celu posiadaćby powinien, dobrze określa Miller w następujących punktach:

1) Musi to być nadzwyczaj silny antyseptyk.
2) Musi mieć silne własności przenikające.
3) Nie powinien z czasem znikać.
4) Powinien tkanki ustalać.
5) Nie powinien mieć dalszego wpływu na ząb, zabarwiać go lub jak niektóre kwasy rozkładać.
6) Substancye stałe są lepsze, niż płyny.

Na ostatni ten punkt ze względu na poprzednie wcale się pisać nie można, gdy nie zawsze mają się w czem rozpuścić stałe substancye w przewodzie zębowym. Do tych 6-ciu przez prof. Millera podanych warunków, dodałbym jeszcze siódmy, t. j. że substancya, o której mowa, nie powinna mieć silnych własności trujących i w zetknięciu z błonami śluzowemi jamy ust, nie powinna czynić takiego zniszczenia, jak to czyni n. p. zgęszczony kwas karbolowy. Ostatni zresztą ten warunek może odpaść przy użyciu ochraniającej gumy (*cofferdamu*) i zręczności operatora.

(Dokończenie nastąpi).

[10]) Verhandl. der deutsch. odont. Gesellsch. 5. Band. Heft III.

IV. O stosunku *lichen ruber* do *pityriasis rubra pilaris* (*Devergie*).

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Jedną z kardynalnych różnic pomiędzy obydwiema chorobami, na którą tak mało autorów zwraca uwagę a której przecież nie powinno się żadną miarą pominąć, jest zachowanie się błon śluzowych w przebiegu jednej i drugiej choroby. Pierzchnica Hebry nie oszczędza prawie nigdy błon śluzowych a przedewszystkiem jamy ustnej; chyba w przypadkach bardzo krótko trwającej pierzchnicy znajdujemy jamę ustną zupełnie niezajętą. W przypadkach długo trwającej pierzchnicy spotykamy się prawie regularnie z naciekiem w postaci zlewających się ze sobą guziczków, tworzących mniejsze lub większe wysepki na łukach podniebiennych, na błonie śluzowej policzków lub na języku. Rozpoznanie tej choroby z wejrzenia jej na błonach śluzowych jest

nader trudne nawet dla bardzo biegłych dermatologów, zachodzi tu bowiem nadzwyczajne podobieństwo do liszaja żrącego (*lupus vulgaris*) tak, że widziałem, jak bardzo nawet biegli klinicy rozpoznawali sprawę w tych przypadkach tylko *ex juvantibus*. Oprócz jamy ust spotykamy się nadto z pierzchnicą Hebry i na błonie śluzowej pochwy. W przebiegu *pityriasis rubra pilaris* nie napotykamy nigdy choroby tej na błonach śluzowych i to w żadnym okresie tej choroby. Bardzo ważna cechą następnie pierzchnicy Hebry a przemawiająca również przeciw tożsamości tej choroby z *pityriasis pilaris* jest zachowanie się skóry po przebiegu procesu w miejscach pierzchnicą poprzednio dotkniętych. *Lichen ruber* pozostawia po całkowitem nawet wyleczeniu po sobie ślady w postaci mniej lub więcej wybitnych epigmentacyi w miejscach poprzednio chorobowo zajętych. Złożenie to barwika w skórze jest tylko dowodem, że sprawa nie była powierzchowną, lecz zajmowała głębsze warstwy *corium* wywołując przekrwienie i następowo odczyn zapalny. Inaczej ma się sprawa po przebiegu *pityriasis rubra pilaris;* i ta choroba pozostawia pewne ślady, ślady w postaci nadzwyczaj delikatnych łusek przyskórkowych, świadczących znowu o tem, że chorobowo zmienionym był tu przedewszystkiem przyskórek, który skutkiem nadmiernej proliferacyi jeszcze oddziela się po przebiegu sprawy chorobowej. Złożenia barwiku w skórze nie spotykamy tu nigdy, bo przecież zmiany w głębszych warstwach są dopiero następowe i nie dochodzą nigdy do takiego stopnia, jak w *lichen ruber Hebrae*. Przejdźmy wreszcie do wyników leczenia w obydwóch chorobach. Jak wiadomo, w kwasie arsenawym posiadamy nieoceniony i niemal zupełnie pewny środek przeciw pierzchnicy Hebry. Środek ten nie zawodzi nas nigdy i możemy też każdego chorego z góry zapewnić, że choroba jego ustąpi po dłuższem lub krótszem leczeniu arszenikiem, naturalnie, jeżeli nie zachodzą jakieś komplikacye i jeżeli odżywienie ogólne chorego jest zadowalniające. Musimy chorego przygotować także na to, że choroba po nieoznaczonym czasie może się wrócić, lecz i wtedy arszenik z pewnością nas nie zawiedzie. *Pityriasis rubra pilaris* zachowuje się wobec arszeniku powiedziałbym niemal zupełnie obojętnie a ustępuje nawet zupełnie nie leczona, lub przy stósowaniu dosyć obojętnych maści lub plastrów rozmiękczających przyskórek. Powiedziałem niemal obojętnie, bo przecież arszenik jak we wielu innych chorobach, tak też i tu czyni swoje, to jest podnosi ogólną przemianę materyi, polepsza odżywienie i wpływając w ten sposób korzystnie na ekonomię w ustroju, wzmagając jego odporność, staje się nieposlednim czynnikiem terapeutycznym. Wszak miałem raz w obserwacyi chorego z nader uporczywym wypryskiem na dłoniach, który nie ustępował przy bardzo nawet troskliwych usiłowaniach leczniczych, po małych zaś dawkach arszeniku (arszenik stosowano u niego z powodu innej choroby) nastąpiło wyleczenie w krótkim czasie. W pierzchnicy Hebry musimy jednak uważać arszenik za *specificum*, bo działa on tu zupełnie pewnie i niemal wprost na sprawę chorobową, podobnie jak w łuszczycy, gdy w *pityriasis pilaris* działanie jego ogranicza się tylko do leczenia pomocniczego.

Zebrawszy wszystkie powyżej przytoczone szczegóły, t. j. różnice w przebiegu klinicznym, w znamionach zewnętrznych, w rokowaniu, w leczeniu, a wreszcie w zmianach anatomo-patologicznych przyznać musimy, że *pityriasis rubra pilaris* należy uważać za *morbus sui generis*, za chorobę warstwy przyskórkowej skóry, z następowem zajęciem skóry właściwej, za chorobę dobrotliwą o przebiegu chronicznym, która ze względów nosologicznych winna zająć miejsce obok łuszczycy *(psoriasis)*, chociaż co do ostatniej są zdania autorów podzielone.

W literaturze współczesnej spotykamy się jeszcze z jedną nazwą pierzchnicy t. zw. *lichen neuroticus Unnae*. Autor ten przyczynił się zupełnie niepotrzebnie tylko do zwiększenia zamieszania w nomenklaturze dermatologicznej, opisując tem mianem nic innego, jak tylko cięższe przypadki *lichen ruber Hebrae*, w którego przebiegu spotykamy się często z większemi lub mniejszemi przypadłościami ze strony systemu nerwowego. Unna chciał tą nazwą tylko oznaczyć, że spotykał się często z przypadkami ciężkimi pierzchnicy o przebiegu analogicznym do owych pierwszych przypadków Hebry i rości sobie pretensye, że jego *lichen neuroticus* jestto właśnie *lichen ruber Hebrae*, a że *lichen accuminatus Kaposi* nie jest niczem innem tylko *pityriasis rubra pilaris*.

Lichen ruber neuroticus Unnae przebiega ostro, osutkę poprzedzają zwyczajnie obfite poty a erupcya sama połączona jest z nadzwyczaj silnem swędzeniem. Guziczki zrazu małe, z czasem powiększają się a skóra w miejscach niezajętych przybiera barwę różową, przechodzi w stan zapalenia i wreszcie pokrywa się świeżo powstałymi guziczkami tworzącymi coraz to większe wyspy. Przebieg choroby jest nader ciężki, chorzy przedstawiają się w stanie ciągłego podniecenia i rozdrażnienia nerwowego; choroba prowadzi w krótkim czasie do charłactwa i śmierci.

Unna nazwał tę chorobę pierwotnie *lichen ruber accuminatus*, aby zaznaczyć identyczność jej z pierzchnicą Hebry, od czasu kongresu paryskiego zaś zmienił nazwę na *lichen ruber neuroticus*, chcąc je odróżnić od *lichen accuminatus Kaposi*, który, zdaniem jego, z pierzchnicą Hebry nie ma nic wspólnego.

Druga forma opisana przez Unnę jest t. zw. *lichen ruber obtusus*, który dzieli autor na dwie odmiany: a) *lichen obtusus vrai* i b) *lichen obtusus corné*.

Jeden przypadek obserwowałem u Unny w Hamburgu w ambulatoryum; przedstawia się jako wysypka średnio guziczkowa, sprawiająca tylko nieznaczne swędzenie, pozostawiająca po sobie złożenie barwika w skórze a nawet powierzchowne blizenki. Guziczki przedstawiają się w postaci stożków ściętych okazujących bardzo często w środku zagłębienie. Odmiana druga *(l. obtusus corné)* różni się od poprzedniej tem, że guziki w jej przebiegu występujące są sferyczne, zwiększają się bardzo powoli zmieniając swoją barwę na ciemniejszą i pokrywają się łuskami zrogowaciałego przyskórka. Guziczki nie tworzą w tej odmianie prawie nigdy większych nacieków a przebieg choroby jest bardzo przewlekły.

Obie odmiany pierzchnicy opisane przez Unnę przedstawiają typy guzków kończystych, należą więc do grupy *lichen accuminatus sensu stricto*, t. j. ze względów morfologicznych.

Jako pendent do obydwu tych odmian opisanych przez Unnę wymienić mi nakoniec należy jeszcze dwa rodzaje pierzchnicy płaskiej, okazujące pewne modyfikacye w budowie anatomicznej i w przebiegu klinicznym i wyróżniające się

dlatego nieco od pierwotnej modły pierzchnicy Wilsona. Tu należą: 1) *lichen plan corné (lichen hyperkératosique)* 2) *lichen plan atrophique Kaposi-Hallopeau (lichen plan scléreux).*

Lichen plan corné jest odmianą pierzchnicy płaskiej przebiegającą chronicznie, z najczęstszem usadowieniem się na kończynach dolnych, o guzkach płaskich rozmaitej wielkości zlewających się w wysepki wielkości guldena srebrnego. Wysepki te pokryte są cienką łuską barwy szarej, mocno przystającą a jeżeli się przypatrzymy dokładnie poszczególnym guziczkom, widzimy, że każdy z nich mieści w swem zagłębieniu stożek przyskórkowy wielkości ziarnka maku. Odmiana ta pierzchnicy jest dobrotliwa, trwa nieraz przez całe lata, zajmując tylko małą powierzchnię skóry i ustępuje często bez leczenia zupełnie. Nie jest ona zbyt rzadką i sprawia dosyć silne swędzenie.

Lichen planus atrophicus (Kaposi-Hallopeau) jest choroba bardzo rzadką i połączoną z głębszemi zmianami anatomicznemi skóry, mianowicie z z a n i k i e m *corpus papillare*, ze zmianami s k l e r o t y c z n e m i w *corium* i rozszerzeniem przewodów potowych. Guziczki zlewające się w wysepki w obwodzie nieregularnym, są okrągłe, posiadają podobnie jak poprzednio opisane zagłębienie w środku odpowiadające bądź to ujściom gruczołów, bądź też uchyłkom włosowym. Choroba ta jest jeszcze z powodu swej rzadkości nazbyt mało badaną a dalsze spostrzeżenia zapewne okażą czy zaliczenie tej choroby do grupy *lichen ruber* jest usprawiedliwione.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

G r a s s l: **Przypadek urazowego bezgłowia** *(anencephalus et acrania traumatica).*

Kobieta, wieloródka, która będąc w 7. miesiącu ciąży upadła na brzuch, urodziła w należytym czasie płód donoszony, pozbawiony całej czaszki i mózgu. Wykształconą była tylko twarz, gałek ocznych brakło, powieki były zawarte. W miejscu sklepienia czaszki od łuków brwiowych aż do pierwszego kręgu szyjnego ku tyłowi były tylko mięsiste, zgrubiałe powłoki czaszkowe, w głębszych warstwach z wejrzenia podobne do zaśniadu krwawego. Masa ta wypełniała wnętrze czaszki pozbawione nawet śladów mózgu, któreby można było dostrzedz gołem okiem; podstawa czaszki była utrzymana.

Autor nie mógł przypadku tego należycie wyzyskać naukowo, ponieważ rodzina tego nie dozwoliła. Powołując się na Zieglera, twierdzi autor, że przyczyną anencefalii i akranii w danym przypadku było silne wstrząśnienie i obrażenie głowy płodu w czasie upadku matki. *(Friedreich's Bl. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

S c h l i c h t e: **Samobójstwo przez otrucie żelasinkiem potasu.**

S. opisuje przypadek otrucia się pewnego robotnika 59-letniego, któremu dla ratunku podano ocet, poczem natychmiast śmierć nastąpiła. Sekcya wykazała typowy obraz otrucia sinkiem potasu a pomimo to znaleziono w treści żołądkowej tylko żelasinek potasu, który jak wiadomo, nie zalicza się do przetworów trujących. Autor przestrzega zatem, że i żelasinek nie jest tak niewinny, jak dotąd sądzono i że pod wpływem kwasów, nawet pod wpływem HCl żołądkowego może się rozpaść na sinek potasu i w ten sposób stać się przyczyną śmierci.

(Autor, zdaje się, zapomina, iż żelasinek potasu wyrabia się z sinku potasu, że zatem w jego przypadku mógł żelasinek być zanieczyszczonym nadmiarem sinku potasu, który śmierć wywołał; żelasinek bowiem, jak poucza chemia, nie wydziela kwasu pruskiego pod wpływem słabych kwasów i na zimno. Przypisek sprawozdawcy. *(Zeitschrift f. Medicinalb.* 1895. Nr. 8). *Wachholz.*

Chemia sądowa.

S m i t a: **Badania nad ilością fosforu w zapałkach.**

W przypadku morderstwa popełnionego na dziecku przez otrucie go 5—6 zapałkami zwrócił się sędzia śledczy do autora i prof. Ludwiga z zapytaniem, ile fosforu mieści w sobie pięć zapałek danego gatunku. Pytanie to skłoniło autora do badań w tym względzie nad 19 gatunkami zapałek. Badania te potwierdziły zdania w tej mierze Hofmanna i Gunninga a mianowicie wykazały: Ilość fosforu jednej zapałki dowolnego gatunku waha między 0,00178 a 0,000167 grm., najczęściej zaś wynosi ona od 0,0005 do 0,001 grm. czystego fosforu.

Stósunek ilości fosforu najmniejszych główek zapałek do największych zachowuje się jak 1:1,05, 1:1,23 lub 1:1,37. Ilość utworzonego przez utlenienie się fosforu, kwasu fosforowego w jednej główce zapałki jest mała, bo w 100 zapałkach wynosi ona zaledwie od 0,0064—0,008 grm. Aby przedestylować fosfor zawarty w zapałkach, wystarczają ku temu dwie godziny czasu przy żywem gotowaniu się masy destylacyjnej, w pozostałości nie znachodzi się po upływie 2 godzin ani fosforu ani kwasu fosforawego.

Dla przedestylowania zwykłego fosforu w kawałkach w podobnej ilości, co w zapałkach potrzeba trzech godzin czasu i to przy zmięszaniu fosforu z proszkiem kaolinowym celem rozdrobnienia fosforu i przy użyciu silnego prądu pary. *(Friedr. Bl. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

Terapia.

C u b a s c h: **Ferropiryna i jej zastosowanie lecznicze.**

Nowy ten środek wyrabiany na polecenie autora przez firmę Knoll i Spółka w Ludwigshofen n. R. jest połączeniem jednej drobiny chlorku żelazowego z 3 drobinami antypiryny; stanowi proszek krystaliczny, ciemnoczerwony, rozpuszczający się w 5 częściach zimnej wody, smaku lekko ściągającego, nie działający żrąco nawet w roztworach stężonych.

C. stósował ferropirynę w niedokrewności i w błednicy szczególnie w przypadkach, jak to często się zdarza, połączonych z bólami głowy, migreną, gastralgiami i innymi nerwobólami a miał przytem na względzie, aby obok żelaza powoli działającego podawać paliatywnie środek kojący ból. Skutek 4-letniego używania tego środka odpowiedział w zupełności oczekiwaniom.

Ferropirynę przepisuje autor w roztworze wodnym 0·3 do 0·6%, w dawkach osobnych po 0·05 grm. 3 do 4 razy dziennie. W ostrej niedokrewności i w przewlekłych biegunkach podawał dwu lub trzykrotną dawkę. Chorzy znosili środek ten bez najmniejszych przypadłości żołądkowych a często po zażywaniu przez 5—6 dni ustawały bóle głowy, apetyt się wzmagał a w 3—4 tygodni stan ogólny znakomicie się poprawiał.

W błednicy przepisywał C.:

Rp. *Ferropyrini* 0·60
Syrupi aurant. 20·00
Aquae destil. 180·00
S. 3 razy dziennie zażywać po łyżce stołowej

U chorych, którzy nadto okazywali objawy dyspeptyczne, dodawał pepsyny 5 grm. i 5 kropel kwasu solnego.

W przypadkach połączonych z biciem serca (nerwica n. błędnego) widział C. dobre skutki po podawaniu ferropiryny z *tinctura valerianae aetherea:*

Rp. *Ferropyrini* 0·6
Tinct. valer. aether. 4·00
Aquae destil. 200.00
S. Jak wyżej.

Najbardziej wpada w oczy działanie kojące ból ferropiryny, co autor przypisuje łatwej wessalności środka i okoliczności, że środek ten łatwo rozpada się na swe składniki. (Osobne odbicie z Nru 7. *Wiener medic. Presse* 1895).

B.

W. Nawratil: **Woda utleniona w leczeniu błonicy**.

Zdaniem autora leczenie błonicy polega na pozostawieniu części zajętych samoistnemu oddzielaniu się błon a przytem ochranianiu zdrowych części. Jedynym niedrażniącym i nieszkodliwym środkiem desinfekcyjnym nawet przy dłuższem zastosowaniu dla organizmu, jest woda utleniona, którą autor od dłuższego czasu używał w przeszło 300 przypadkach. Środek ten stosuje on w następującej formie:

Hydrogenii superoxydati	*60·00*
Glicerini puri	*15·00*
Aquae destil.	*250·00*

S. D. *in vitro nigro*. S. Co kwadrans dniem i nocą podawać po łyżeczce od kawy.

Przy tej metodzie leczenia zbyteczne są wszelkie płukania, pomazywania, przestrzykiwania, stosowanie zimnych okładów i t. d.; jedynie tylko wymaga się płynnej dyety, czyszczenia ust po jedzeniu i wilgotnego powietrza pokojowego przez wytwarzanie pary wodnej. Przy tym sposobie leczenia gorączka spada w 3—7 dni, gruczoły maleją, rychła poprawa. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 11. 1895.

Dr. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

59. Combe (z Lozanny). Organoterapia (z obrad jeneralnego zgromadzenia lekarzy szwajcarskich w Lozannie dnia 4. Maja b. r.) Organoterapią proponuje autor nazwać w przeciwieństwie do leczenia surowicą czyli seroterapii wprowadzanie do ustroju chorego substancyi lub wyciągu z organów dostarczających krwi wytworów sekrecyj wewnętrznych i przytacza w tej mierze kilka własnych spostrzeżeń.

I tak jedno tyczy się chorego na moczówkę cukrową, cierpiącego na nią od 8 lat, który wydzielał mocz zawierający 4% cukru. Gdy wszelkie leczenie działało tylko przelotnie, ustąpił cukier z moczu zupełnie po zadawaniu trzustki (w formie kanapek). Chory tem zadowolniony usunął się z pod dalszej obserwacyi.

W rozmaitych znów zboczeniach krwi (jak bielicy prawdziwej i wrzekomej, złośliwej niedokrewności, niektórych formach krzywicy i blednicy) nieraz działa bardzo dobrze spożywanie szpiku kostnego. Autor widział znakomitą i rychłą poprawę po użyciu tego środka w 10 przypadkach blednicy i 7 ciężkich przypadkach krzywicy. Co więcej, zwraca autor uwagę, iż u dzieci pojawia się niedokrewność wrzekomo bielicza (*anémie pseudoleucemique infantile*), na którą ze znanych w piśmiennictwie 70 przypadków umarło 68 dzieci a tylko 2 wyzdrowiało. Autor spostrzegał tej choroby w Lozannie 8 przypadków; z nich umarło 6 przed spróbowaniem innego sposobu leczenia, 2 zaś leczonych zadawaniem szpiku kostnego wyzdrowiało w krótkim czasie zupełnie lub prawie zupełnie. W celu leczenia rozcierano łyżkę stołową szpiku kostnego (z cielęcia lub młodego wołu) z trzema łyżkami wody; płyn w ten sposób otrzymany przesączano i zadawano chorym dzieciom z mlekiem. W ciągu sześciu tygodni podwyższył się ciężar ciała o 1800 gramów, zmniejszyła się śledziona a powiększyła się ilość hemoglobiny.

W końcu opowiada autor o dwóch przypadkach wrodzonego obrzęku śluzakowego z matołectwem (*myxoedeme cretinoïde congenital*); jednym u dziecka 2-letniego, drugim u dziecka 4-letniego, z których pierwsze przyszło już na świat z obrzękiem śluzakowym, drugie zaś dostało go w 8. miesiącu życia (czy nie w czasie zaniku grasicy?) Obydwoje nie miało gruczołu tarczykowego ani zębów i okazywało wybitne przypadły matołectwa. Po zadawaniu dziennie po 3 gramy wyciągu wodnego gruczołu tarczykowego naprzód przez odbytnicę, następnie przez żołądek w ten sposób, iż po zadawaniu przez 4 dni z rzędu pauzowano również przez 4 dni, ustąpiły w krótkim czasie wszystkie przypady tak, iż jedno z tych dzieci nie różni się teraz prawie niczem od dziecka całkiem zdrowego.

Mimo tego wszystkiego nie uważa autor swych spostrzeżeń za całkiem stanowcze, tylko za bardzo zachęcające do dalszych doświadczeń. (*La Semaine médicale*. 8. Maja 1895).

60. Schede: O zatruciu kokainą. Autor opowiedział na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego hamburskiego następujący przypadek: Mężczyzna 20-letni, mający zwężenie cewki moczowej, wstrzyknął sobie do niej 2 gramy (czyli 20 centygramów kokainy) 10% rozczynu kokainy. W kilka minut potem wystąpiła na twarzy sinica (*cyanosis*), rozszerzenie źrenic i głęboka śpiączka (*coma*). Wzniecono sztuczne oddychanie, przepłukano cewkę i pęcherz moczowy. Po pięciu minutach wystąpiły kurcze podobne jak w tężcu i szczękościsku (*tetanus et trismus*). Wstrzyknięcie kamfory i eteru, tudzież wziewania azotynu amylowego (*Amylnitrit*) nie odniosły żadnego skutku. Użyto przeto tlenu do wdychania obok dalszego wzniecania skutecznego oddychania a gdy i to nie pomogło, puszczono krew. I to nie przydało się na nic. Po dalszem znów wdychaniu tlenu okazała się słaba reakcya źrenic, ale dopiero po wstrzyknięciu do żył 650 gramów fizyologicznego rozczynu soli kuchennej nastąpiła znaczna poprawa. Tętno było teraz 160. W dwie godziny od użycia kokainy oddał chory mocz dobrowolnie a w godzinę potem odzyskał zupełnie przytomność.

Przy tej sposobności zwraca autor uwagę, iż kokaina stosownie do dawki wywołuje przypady rozmaite, nawet wprost przeciwne. Gdy n. p. małe dawki podnoszą ciśnienie krwi i zwężają naczynia, duże przeciwnie obniżają ciśnienie i rozszerzają naczynia. Do roku 1891. znanych było 13 przypadków śmiertelnych z otrucia kokainą; między nimi były dwa po wstrzyknięciu rozczynu kokainy do cewki moczowej. Raz nawet nastąpiła śmierć po wstrzyknięciu podskórnem 2 centygramów. Widziano zatrucia po wszelkich użyciach kokainy. Ażeby ich uniknąć, należy do wstrzykiwania podskórnego używać rozczynów słabych, co najwięcej 2%. Po pierwszem wstrzyknięciu trzeba czekać z drugiem jakiś czas i wstrzykiwać w miejsce sztucznie krwi (do pewnego stopnia) pozbawione. Autor nie rozstrzyga, czy rada Gauchiera, by do rozczynu kokainy dodawać nitrogliceryny, jest praktyczna. (Gauchier przepisuje: *Cocaini muriatici 0·20, aquae destil. 10·00, solutionis 1% nitroglycerini guttas decem*). W ten sposób gramowa strzykawka Pravazowska zawiera dwa centygramy kokainy i kroplę rozczynu (1%) nitrogliceryny. G. używa takiego rozczynu już od dwóch lat i nie widział po nim nigdy żadnych zgoła objawów zatrucia, mimo iż dochodził do 12 centygramów kokainy. (*Münchener med. Wchschrift*. 7. Maja 1895).

61. Gurlt: Dalszy ciąg statystyki narkoz. (Z tegorocznego niemieckiego kongresu chirurgicznego w Berlinie). W ostatnim roku nadesłało 75 operatorów 77 sprawozdań, z których 63 pochodzi z państwa niemieckiego. Obejmują one 51957 narkoz, mianowicie 31083 chloroformem, 15712 mięszaniną Billrothowską (chloroform, eter i alkohol), 1426 bromkiem etylu i 34 pentalem. Przypadków śmierci było z chloroformu 23 prócz 8 wątpliwych, z eteru 5, nadto jeden wątpliwy, z mięszaniny Billrothowskiej nie było żadnego przypadku śmierci. W ogóle zebrana dotychczas statystyka obejmuje 266151 narkoz. Wypada z niej, że jeden przypadek śmierci przypada na 2909 narkoz chloroformem, na 6004 narkoz eterem, 10162 narkoz mięszaniną obydwóch, na 5745 narkoz mięszaniną Billrothowską. Statystyka jest przeto dla eteru korzystniejsza, niż dla chloroformu; pamiętać wszakże należy, iż w ostatnich właśnie czasach zwrócono uwagę na pojawianie się ciężkich zapaleń płuc po narkozie eterem. Z powstałych tym sposobem 30 przypadków zapalenia płuc skończyło się śmiercią 15, z których 13 przypada na operacye brzuszne. Tłómaczy się to w ten sposób, że po operacyach brzusznych operowani w celu uniknienia bólu

w miejscu operacyi wstrzymują kaszel, co pogarsza zapalenie płuc; jestto skazówką, że do operacyj brzusznych nie należy, ile możności, używać eteru. *(Münchener med. Wchschft.* 7. Maja 1895).

62. Josué i Hermary: Przypadek gnilicy (*septicaemia*) połogowej, leczony surowica przeciwpaciorkowcową. (Z posiedzenia Towarzystwa biologicznego w Paryżu w dniu 4. Maja 1895). U położnicy okazującej przypady zakażenia wstrzyknęli autorowie 5. dnia po porodzie zrana 30 cm.^{3} a wieczorem 20 cm.^{3}, następnego zaś dnia rano 20 cm.^{3} a wieczorem 15 cm.^{3} surowicy przeciwpaciorkowcowej Rogera i Charrina. Wskutek tych wstrzykiwań poprawił się bardzo rychło, prawie natychmiast stan ogólny, gdy objawy miejscowe poprawiły się dopiero później. Jedenastego dnia choroby pacyentka wstała z łóżka i jest obecnie prawie zupełnie zdrowa. *(La Semaine médicale.* 8. Maja 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 6. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia na członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego koll. Teodora Bohosiewicza, prof. Henryka Hoyera, Walentego Jeża i Romana Renckiego, przez głosowanie wybrani jednomyślnie.

3) Kol. Śliwiński jako referent komisyi przemysłowej prosi Towarzystwo lekarskie krakowskie o udzielenie swego poparcia wyrobom p. Otowskiego, który przejął na siebie aptekę po p. Sobierajskim i wyrabia też same przetwory, jakie za czasów p. Sobierajskiego były przyjęte i poparte przez Towarzystwo lekarskie krakowskie a obecnie ponownie sprawdzone przez komisyę przemysłową tegoż Towarzystwa. Wniosek kol. Śliwińskiego przyjęto.

4) Kol. przewodniczący zawiadamia, że na podstawie uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z dnia 6. Lutego b. r. wręczyło prezydyum dyplom na członka honorowego kol. Kwaśnickiemu. Wobec listownej prośby kol. Kwaśnickiego o pozwolenie podziękowania zgromadzonym członkom za otrzymane odznaczenie, przewodniczący udziela mu głosu; poczem kol. Kwaśnicki w krótkich a serdecznych słowach dziękuje Towarzystwu za nadanie mu tak wysokiego odznaczenia.

5) Kol. Kryński przedstawia nowy opatrunek na złamanie obojczyka (odczyt ogłoszony drukiem w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Bossowski, że używszy raz w praktyce prywatnej opatrunku Bungnera, zmuszonym był po kilku godzinach usunąć go z powodu obrzęku przedramienia — opaska ta, jeżeli ma dobrze ustalać, jest nieznośną dla chorego z powodu ucisku, toż samo możnaby powiedzieć i o opatrunku kol. Kryńskiego; z pośród innych opatrunków przylepiec Sayrea choć stary mimo to jest zawsze jeszcze najlepszym i najodpowiedniejszym, zwłaszcza gdy się weźmie pod uwagę, że złamania obojczyka z nieznacznem przemieszczeniem odłamków mogą się goić bez żadnych opatrunków.

Kol. Kryński w odpowiedzi oświadcza raz jeszcze, co powiedział poprzednio w wykładzie, iż sądzić o zaletach praktycznych nowego opatrunku można będzie dopiero po wypróbowaniu go na chorych. Zarzut kol. Bossowskiego, iż tury opaski wywierać będą zbyt mocny i groźny ucisk na kończynę chorego, jest apryorystyczny i nieuzasadniony. To samo niebezpieczeństwo grozi choremu w każdym opatrunku opaskowym, mającym działać uciskająco, jeżeli założy się go nieudolnie. Na to zaś jest jeden sposób: założyć dobrze, ani za mocno, ani za słabo a dzięki prężności gumy, opaska elastyczna nawet założona stosunkowo słabo, będzie okazywała działanie w pewnym kierunku stałe, gdy wszystkie inne opatrunki opaskowe na złamanie obojczyka działają tylko w pierwszej chwili po założeniu, potem zaś zupełnie się rozluźniają. Najlepszy dowód stanowią wyniki ich działania: w klinice chirurgicznej stosuje się stale opatrunek Sayrea, który zakłada się *lege artis* jak najdokładniej, na to jeszcze dodaje się kilka tur opatrunku Desaulta.

W ciągu ostatnich lat pięciu mówca nie widział ani jednego przypadku złamania obojczyka ze znaczniejszą dyslokacyą, w którym zrośnięcie odłamków nastąpiło dobrze, t. j. równo i gładko. Pogląd więc kol. Bossowskiego na wartość tych opatrunków uważa mówca za zbyt optymistyczny. Wreszcie co się tyczy twierdzenia kol. B., że złamania obojczyka i bez opatrunku leczyć się mogą dobrze, to idąc konsekwentnie, możnaby z równą słusznością zarzucić używanie opatrunków ustalających na złamane kończyny lub opatrunku sterylizowanego na rany, ponieważ i jedne i drugie niekiedy »bez wszystkiego« goją się dobrze. Na to jednakże chirurdzy z pewnością się nie zgodzą. (Sprawozdanie własne).

Prof. Cybulski przedstawia wyniki najnowszych badań dokonanych w swej pracowni nad funkcyą nadnercza. Wobec tego, że dotychczasowa literatura nie mogła się poszczycić żadnymi stanowczymi rezultatami w tej mierze, prelegent już od dawna dawał zbadanie funkcyj tego gruczołu jako temat do opracowania, wyraziwszy z góry w swoim podręczniku przypuszczenie, że ustrój zapomocą osobnych gruczołów, do których i nadnercze zaliczyć wypada, wywiera rzeczywisty wpływ na odżywcze czynności tkanek.

Doświadczenia wykonane w pracowni prelegenta przez Dra Szymonowicza a przedstawione Akad. Umiej. 4. Lutego i Tow. Kopernika 7. Lutego b. r. wykazały, że nadnercze rzeczywiście zawiera jakąś substancyę dla ustroju niezbędną, skoro z jednej strony zwierzę pozbawione obu nadnerczy ginie zawsze wśród charakterystycznych objawów — z drugiej zaś strony wstrzyknięcie wyciągu z nadnercza takiemu zwierzęciu staje się na pewien czas powodem wzmożenia się ciśnienia, opadającego prawie do zera, oraz powrotu tętna i oddechania do normy. Wstrzyknięcie takiego wyciągu z nadnercza zwierzęciu zdrowemu wywołuje znaczne podniesienie się ciśnienia oraz zwolnienie tętna, które nie występują u zwierząt z przeciętym rdzeniem i nerwami błędnymi, co dowodzi, że substancya zawarta w nadnerczu działa na grupy ośrodków w rdzeniu położone.

Prof. Cybulski przeprowadził w dalszym ciągu cały szereg doświadczeń nad najróżnorodniejszymi wyciągami z nadnercza, aby się przekonać, czem substancya w nadnerczu zawarta da się z niego wyciągnąć i jakie w ogóle okazuje własności. Wstrzykiwanie wyciągów otrzymanych z nadnercza zapomocą wody, gliceryny, alkoholu i kwasów w przeciwieństwie do pozbawionych skuteczności działania wyciągów otrzymanych zapomocą eteru, chloroformu, alkoholu amylowego i alkaliów, wykazało, że substancya w nadnerczu zawarta jest ciałem działającem na ośrodki naczynioruchowe, oddechowe i błędne i to działającem ustawicznie, aby, wedle hipotezy prelegenta, utrzymać w stałem napięciu ich pobudliwość. Substancya ta, okazująca wybitne własności osmotyczne, wydziela się z nadnercza drogą krwionośną, jak to wykazały dalsze doświadczenia przeprowadzone nad wstrzykiwaniami krwi z nadnercza w porównaniu do krwi zwykłej; krążąc zaś stale w krwi obiegu, może być w normalnym organizmie po części eliminowana drogą moczu, jak to znów wykazały wstrzykiwania moczu zwierząt, którym poprzód podano znaczne dawki tejże substancyi, lub też prawdopodobnie zniszczoną drogą utlenienia w samychże tkankach.

Ostatni szereg doświadczeń wreszcie przeprowadzonych nad asfiksyą u zwierząt pozbawionych nadnercza i nad wstrzykiwaniem krwi ze zwierząt duszonych wykazuje, że przeciwnie w organizmie nienormalnym, pozbawionym tlenu, substancya wydzielająca się z nadnercza nagromadza się w takiej ilości we krwi, iż staje się powodem tak zwanej toksyczności krwi asfiktycznej i wywołuje obraz, podobny do objawów obserwowanych przy wstrzyknięciu wyciągów z nadnercza zwierzętom normalnym.

Prelegent kończy nadzieją, że hipoteza jego przyczyni się do rozjaśnienia całej nowej kategoryi faktów tyczących się wzajemnego wpływu na siebie rozmaitych narządów i ściślej zależności od siebie wszelkich funkcyj ustroju.

W dyskusyi przemawia kol. Gluziński: W ogłoszeniu swojem w *Przeglądzie lekarskim* o fizyologicznem działaniu wyciągów [illegible]nadnercza, podałem wyniki swoich doświadczeń, które pracując w innym kierunku jak kol. Cybulski, miałem sposobność spostrzegać. Kol. Cybulski działał małymi dawkami, ja większemi a jednak dużo faktów spostrzegałem takich samych i doszedłem do podobnych wniosków jak, że substancye nadnercza przechodzące do wy-

ciągów działają na ośrodek naczynio-ruchowy pobudzająco, że w ogóle działają na rdzeń przedłużony i pacierzowy, obniżają odruchy, że sprowadzają duszność i t. d. Pewne jednak zachodzą sprzeczności Kol. Cybulski nie zauważył obniżenia temperatury, ja stale i zawsze i to nie o 1° C., co możnaby brać na karb manipulacyi, lecz 0—1° C. a główna różnica polega na twierdzeniu kol. Cybulskiego, że wprawdzie niektóre zwierzęta (króliki) niekiedy giną, ale mimo to wyciągi nie działają trująco, tylko zwierzę ginie w skutek krwotoków, których przyczyna ma tkwić w wysokiem parciu. Na twierdzenie to z rozmaitych powodów zgodzić się nie mogę. Po pierwsze, jest nieporozumienie co do pojęcia toksyczności, czy pewna substancya w ten lub inny sposób przyczynia się do śmierci a jeżeli to czyni, jest trującą, choćby to nawet było w skutek występowania krwotoków. Drugie, nie n i e k i e d y, ale królki stale i zawsze ginęły w kilka minut po zaaplikowaniu wyciągu nadnercza wśród objawów duszności a sekcya wykazywała wynaczynienia w płucach i silny ich obrzęk, nigdy i nigdzie więcej krwotoków. Nie z krwotoków ginął królik, lecz z powodu zmian krążenia i oddechania, które do obrzęku płuc doprowadzały. Nie samo wysokie parcie tu działało dla wywołania tych wynaczynień, bo wynaczynień tych nigdzie indziej prócz płuc nie ma nawet na opłucnej żebrowej. Psy giną również, jednak opierają się dłużej, bo kilka godzin, wynaczynienia u nich drobne, małe w płucach a obrzęk płuc ledwie zaznaczony, jak w ogóle u psów zdaje się w skutek odmiennej budowy naczyń płucnych trudno przychodzi do obrzęku płuc.

Sprzeczności te są jednak drugorzędnego znaczenia i nie zmniejszają doniosłości wyników doświadczeń kol. Cybulskiego, które z jednej strony wykazały jakkolwiek nie chemicznie ale fizyologicznie, że substancya przechodząca do wyciągów jest produktem nadnercza, jeżeli znajduje się w żyle nadnercza a nie ma jej w tętnicy, jak z drugiej, że zadaniem tej substancyi a więc i funkcyą nadnerczy jest utrzymywanie w pewnem napięciu pewnych ośrodków, przynajmniej naczynioruchowego i oddechowego. Oceniając całą doniosłość doświadczeń i wysnutych z nich wniosków, muszę jednak zwrócić uwagę, że otrzymane wyniki u psów z wyciętemi nadnerczami, które w kilka godzin po operacyi przy zaciśnieniu tchawicy nie dawały charakterystycznych cech duszenia ani pod względem ruchów oddechowych ani pod względem zaburzeń krążenia, można i w inny sposób wytłómaczyć a nie brakiem tej substancyi we krwi. Objawów duszności nie będzie, gdy nawet przy obecności bodźca ośrodki nie będą pobudliwe.

Sporo takich przykładów w patologii, dość wspomnieć o chorym leżącym w silnem odurzeniu tyfusowem, który mimo wszelkich danych dla wystąpienia duszności, jej nie objawia, nie zdradza niczem „głodu powietrza“, bo toksyny durowe obniżyły tak dalece pobudliwość potrzebnych do tego ośrodków. Zwolennicy zatem teoryi Abelousa i Langlois o zapobiegawczem działaniu autoinfekcyi organizmu własnymi produktami życia słusznie mogliby podnieść zarzut, że u psa z wyciętemi nadnerczami nie ma objawów duszności nie dlatego, że brakło bodźca dla odpowiednich ośrodków, ale, że ośrodki te stały się niepobudliwe pod wpływem niezobojętnionych w skutek braku nadnerczy leukomainów. Z drugiej strony trzeba zwrócić i na to uwagę, że brak objawów duszności występował po upływie 34 godzin od operacyi a więc pod koniec życia zwierzęcia, gdy przez dłuższy już czas parcie było niskie, gdy więc przez dłuższy czas ośrodki te nie były należycie odżywiane, co również mogło a nawet musiało wpłynąć na obniżenie ich pobudliwości a więc i na wyrazistość objawów duszności. W każdym razie stoimy wobec odkrycia otwierającego nowe pole do badań, odkrycia niepomiernej doniosłości, które jednak dotąd jest nową zupełnie wielce bystrą ale w każdym razie hipotezą odnoszącą się do zadania nadnerczy i pragnąć tylko nam należy, by hipoteza ta dalszemi badaniami na pewności coraz bardziej zyskiwała. (Sprawozdanie własne)

W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu pozostaje prelegentowi tylko jeszcze raz zwrócić uwagę, że zmian temperatury u królików po wstrzyknięciu 4—8 cm. aseptycznych roztworów pod skórę nie obserwował. Wahania, które widział, nie przekraczały zwykłych wahań temperatury u tego zwierzęcia. Że substancya wydobyta z nadnercza nie jest żadną silną trucizną, przemawiają zatem następujące okoliczności: ani psów ani kotów nie udało się prelegentowi wcale zatruć ani wodnymi ani glicerynowymi roztworami, nawet w dawkach większych od używanych przez prof. Gluzińskiego, u królików zaś, które ginęły przy pewnych dawkach, znajdowały się zawsze wynaczynienia nietylko w płucach (czasem w połączeniu z obrzękiem), ale i w sercu, na osierdziu, w oskrzelach i w mózgu, co zdaniem prelegenta zupełnie wystarcza do wytłómaczenia śmierci.

Nie może się prelegent zgodzić, że wszystko co zabija zwierzę, musi być koniecznie trucizną, bo w ten sposób doszlibyśmy do tego, że prosty upust krwi musielibyśmy uważać za truciznę. Że jest trucizną, tego nie zaprzecza, lecz posiada tak długi okres podniecenia i tak nie rychło występują porażenia tych grup nerwowych, na które odrazu działa, że nawet znacznymi dawkami psa i kota zatruć się nie dało, jakkolwiek występowało niewątpliwie już porażenie ośrodków oddechowych, błędnych a nawet i naczyniowych. Jeżeli więc ta substancya zabija nawet psa, jak podaje prof. Gluziński, to tylko w skutek zmian drugorzędnych, nie zaś samej substancyi, zmian, które powstały w związku z wysokiem podnieceniem ośrodków naczyniowych. Co się zaś tyczy zarzutu, że brak asfiksyi u zwierzęcia pozbawionego nadnercza, mógł być wywołany obniżeniem pobudliwości w skutek niskiego ciśnienia, to samo doświadczenie zarzut ten usuwa, ponieważ, jak to widać z krzywych, ciśnienie nie było tak niskie w tym okresie, aby mogło wywołać niepobudliwość ośrodków a nawet bardzo mało różniło się od normy; pomimo to nie wystąpiły objawy duszności.

Że objawy występujące po wstrzyknięciu nadnerczyny są skutkiem działania a n t y t o k s y n, można naturalnie przypuszczać, lecz póki zwolennicy tej teoryi samych t o k s y n nie wykazali, nie ma potrzeby budować sztucznych teoryj, kiedy rzecz całą daleko prościej można wyjaśnić hipotezą podniecającego działania danej substancyi na pewne grupy ośrodków. Za tem przemawia zachowanie się zwierząt normalnych, u których chyba toksyn nie ma a przynajmniej dotychczas ich niczem nie udowodniono.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 16. Maja 1895 r.

— Na posiedzeniu krajowej Rady zdrowia w dniu 6. Maja 1895. uchwalono: 1) postarać się o ogłoszenie referatu o środkach w celu stłumienia cholery; 2) udać się z przedstawieniem do władz rządowych w sprawie nieodpowiedniego wymiaru pensyj dla wdów po lekarzach, zmarłych w skutek chorób zakaźnych podczas pełnienia urzędowych obowiązków; 3) wnioski w sprawie obsadzenia dwóch posad lekarzy powiatowych i jednej asystenta sanitarnego; 4) opinie w sprawie młyna w Kniaźdworzu, kotlarni w Tarnopolu, fabryk wody sodowej w Tłumaczu, piekarni w Kołomyi i młyna w Bołszowcach; 5) zajmowano się sprawą kontraktu służbowego kierownika lekarskiego zakładu hidropatycznego w Krynicy.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 13. Maja b. r.: 1) Dr. Sieradzki przedstawił preparat anatomiczny wątroby z chorej leczonej w szpitalu św. Łazarza na kamicę żółciową wysokiego stopnia; 2) Tenże okazał worek mosznowy z włókniako-mięsakiem wielokrotnym i przedstawił preparaty mikroskopowe z niego; 3) Dr. Hain okazał kilkanaście hodowli różnych drobnoustrojów utrwalonych formalinem; 4) Dr. Kosiński zdał sprawę z pracy prof. Rydygiera: *Behandlung der Gelenkstuberculose.*

— Prezydent miasta Charkowa zwołał na drugi dzień po pogrzebie ś. p. Dra Władysława Frankowskiego członków rady miejskiej na posiedzenie celem uczczenia pamięci zmarłego przyczem postanowiono: 1) koszta pogrzebu pokryć z kasy miejskiej; 2) postawić pomnik na grobie; 3) wspólnie z Towarzystwem lekarskiem postarać się o utworzenie stypendyów imienia Dra Władysława Frankowskiego; 4) pozostałej wdowie wyznaczyć dożywotnie rocznie po 900 rubli, gdyż nieboszczyk, lubo miał bardzo rozległą i popłatną praktykę, zasilając hojnie biednych nie zostawił żadnego majątku.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1) Zbadać ostateczne produkty rozkłady białka i węglowodanów przy dostępie tlenu i bez niego, wywołane przez jedną ze znanych a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakteryj chorobotwórczych.

2) Sprawdzenie poglądów H o r b a c z e w s k i e g o na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny.

3) Zmiany anatomiczne w chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z ich odcinków).

4) Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteryologicznego.

5) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem.

6) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego a skończywszy na uwiądzie starczym.

7) Zbadać zmiany anatomiczne wywołane przez długotrwałe działanie na organizm toksyn *staphylococcus aureus*.

8) Rozstrzygnąć doświadczalnie kwestyę dotychczasowo sporną, czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się (Landois, Morey), lub też czy takowe zmniejsza się (Basch, Frey, Lenzmann) w okresie silnego wydychania a mianowicie w doświadczeniach Valsalvy.

9) Znaczenie prof. Szokalskiego dla nauki o zmyśle mięśniowym.

10) Zasługi prof. Szokalskiego dla nauki o uczuciu barw.

11) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek; stosunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, resp. surowicy krwi w tej chorobie.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do 31. Marca 1896 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 11-tu tematów, wyznacza się nagroda rsr. 300. Takich nagród na rok 1895/6. jest dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stósownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały

Dr. Brodowski.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dnia 6. b. m. w Stanisławowie po długiej chorobie **Dr. Wacław Machnowski**, w 48. roku życia, powszechnie lubiany i ceniony dla prawości charakteru. Zamiast wieńca na trumnę złożyli koledzy kwotę 28 złr. 50 ct. na fundusz wdów i sierót po lekarzach. — W Petersburgu Dr. **Żmigrodzki**, ceniony dla swych prac naukowych a szanowany i czczony przez biedaków, którym chętnie przychodził z pomocą.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Medycynie* Nrze 19-tym. J. Kosiński: Torbiel żołądka wielokomorowa (*cystoma multiloculare ventriculi*). Władysław Papiewski: Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci (dokończenie).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się sprawozdanie Zakładu hidropatycznego w Krynicy.

Dr. Władysław Harajewicz

były sekundaryusz szpitala powszechnego św. Łazarza w Krakowie
ordynuje 88—10—3
jak lat ubiegłych w letnim sezonie
W MARIENBADZIE
Villa „Belvedere".

Dr. Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich
W SZCZAWNICY.
począwszy od 1. Czerwca b. r. 91—6—3

Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzedniah od 15. Maja do 10. Września
w GLEICHENBERGU Villa Max
od 12. Września do 10. Maja 111—7—2
w MERANIE Marktgasse 5.

Dr. Zdzisław Nieszkowski

przez długie lata lekarz zdrojowy w Szczawnicy, w r. b. od 10. Czerwca będzie ordynował
W KRYNICY
w domu zakładowym pod „Orłem". 96—8—3

Dr. E. Rościszewski

ordynować będzie przez sezon kąpielowy
W IWONICZU. 119—3—1

Dr MICHAŁ KAUFMANN

ordynować będzie jak w latach poprzednich przez sezon kąpielowy
W MARYENBADZIE 92—10—3
(VILLA LISSA).
W atonii kiszek, nerwobólach i otyłości łączy kuracyę zdrojową z mięsieniem (*Massage*), które sam wykonywa.

Dr. Med. CZESŁAW STICHE

ordynuje 94—5—3
w KARLSBADZIE Kreuzgasse Insel Rügen.

Dr. Bulikowski

ordynuje w tym roku jak po inne lata od 1. Maja do końca Września
w Gleichenbergu
V. Possenhofen. 80—10—3

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN
Z WIEDNIA
jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 97—10—3

Dr. Witold Korczak Jaroszyński

były ordynujący lekarz w **Meranie**
osiadł w Wiedniu 76—8—5
gdzie ordynuje przy IV. Mozart Gasse 4.

Dr. M. Cercha

ordynować będzie jak w latach poprzednich w chorobach kobiecych od 4. Czerwca
W KRYNICY
(domek szwajcarski). 113—5—2

ZAKŁAD KROWIANKOWY
P. KRETOWICZA

rozsyła zawsze świeżą
i przez c. k. lekarza powiatowego Dra F. Obtułowicza wypróbowaną 99—3—3
KROWIANKĘ.
Adres: Lwów, szkoła weterynaryi.



(70)

APTEKA
KONSTANTEGO WISZNIEWSKIEGO

W KRAKOWIE 87—6—2
utrzymuje na składzie **świeżą krowiankę**
oraz **Antitoksynę Dra Roux'a**
w flaszeczkach 10-gramowych po cenie **2 zł. 50 ct.**

Aussee, Dr. Schreibera „Alpenheim", hydroterapia, kąpiele solank., gimnastyka leczn., **kuracya tuczna**. 1. Czerwca do 1. Paźdz.

PREBLAUER **ŹRÓDŁO PREBLOWSKIE**, najczystsza alkal. szczawa alpejska o znakomitem działaniu w nieżytach przewl., szczególnie dyat. mocz., nieżycie chron. pęch., kam. pęch., nerk. i chor. Brigthta. Dzięki składowi i smakowi — zarazem najlepszy napój dyetet. i orzeźwiający. **Preblauer Brunnen-Verwaltung in Preblau.** Poczta St. Leonhard (Karyntya). 37—26—9

ZDROJOWISKO
Teplitz-Schönau

w **Czechach**, od wieków znane i **słynne gorące, alkaliczno-solne cieplice** (23—37° R.) — **Kuracya zdrojowa cały rok** bez przerwy.

Wybitne przez swe **nieprzewyższone działanie** przeciw **dnie, gośćcowi, porażeniom, nerwobólom** i **innym chorobom nerwowym; z świetnym skutkiem** w chorobach następowych po **ranach postrzałowych i ciętych' po złamaniach kości, w zesztywnieniu stawów i skrzywieniach.** 40—6—3

Wszelkich wyjaśnień udzielają i zamówienia na mieszkania przyjmują: dla Teplitz Inspektorat zdrojowy w Teplicach, dla Schönau Urząd gminny w Schönau.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.